

OCAP-11  
Rev. 9/78

<b>1. SÍMBOLOS DE CONTABILIDAD</b>							<b>Estado Libre Asociado de Puerto Rico</b> <b>OFICINA CENTRAL DE ADMINISTRACION DE PERSONAL</b> Apartado 8476, Estación Fernández Juncos Santurce, Puerto Rico 00910		2. Certificación Nú  3. Fecha de la Certifi		
A. F.	Fondo	Agencia	Div.	Sub. Div.	Asig.	Objeto	<b>NOTIFICACION DE NOMBRAMIENTO Y JURAMENTO</b>				
73	278	77	01	--	75	112					

**INSTRUCCIONES:** Use este formulario para todo nombramiento en el Servicio de Carrera y en el Servicio de Confianza. Use un formulario para nombramiento. La Agencia utilizará este formulario para notificar la fecha en que el empleado comenzará a prestar servicios. Por consiguiente, no ser sometido antes de la persona empezar a trabajar. El apartado 20 "Juramento" deberá ser firmado por el empleado en el espacio provisto. Acompañar este documento con el Historial Personal (OCAP-1), Examen Médico (OCAP-12) Certificación de Verificación de Requisitos (OCAP-29), Declaración Ir dual y Certificado de Nacimiento. Distribución: Original será retenido por la agencia, primera y segunda copia la O.C.A.P., tercera copia Departamen Hacienda (Contaduría), cuarta copia Asociación de Empleados, quinta copia a Sistemas de Retiro, sexta copia al empleado.

4. Nombre del Empleado: <u>López</u> <u>Pérez,</u> <u>Santa I.</u> (Apellido Paterno) (Apellido Materno) (Nombre)			5. Nombre según aparece en el Seguro Social <u>Santa I. López Pérez</u>		6. Sexo <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	
Si se trata de una mujer casada siga este orden: (1) Apellido paterno seguido de la preposición "DE" (2) Apellido del esposo y (3) Nombre			7. Número del Seguro Social REDACTED 5126			
8. Dirección del empleado <u>Calle 21 AB-4</u> <u>Urb. Villa Universitaria, Humacao</u>			9. Agencia, Negociado o División, Sección o Unidad y Pueblo <u>Departamento de Servicios Sociales, Secc</u> <u>Serv. a la Fam. Ley Seg. Social Título</u> <u>Oficina Regional de Humacao</u>			
10. Título de Clasificación del Puesto <u>Técnico Servicios Sociales I</u>			11. Número de Clase <u>1505</u>		12. Número del Puesto <u>133-496</u>	
13. Clase de Nombramiento <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Probatorio <input checked="" type="checkbox"/> Transitorio  <input type="checkbox"/> En el Servicio de Confianza			14. Sueldo Mensual \$ <u>963.</u>  Diferencial _____ Total \$ _____			
15. Fecha de efectividad del Nombramiento <u>AUG 21 1980</u>			16. Fecha en que expira el período probatorio o el nombramiento <u>En o antes 30/junio/</u>			
17. Anterior Incumbente <u>Vacante</u>			18. Título de Clasificación del Puesto <u>Técnico Servici on Sociales I</u>			
19. Firma de la autoridad nombradora o su representante autorizado:  <u>Secr. Aux. de Adm.</u> <u>14/agosto/80</u> Título Fecha						
20. <b>JURAMENTO DE FIDELIDAD Y DE TOMA DE POSESION DEL CARGO O EMPLEO</b> Yo, <u>Santa I. López Pérez</u> de <u>mayor</u> <u>casada</u> <u>Técnico Servicios Sociales</u> (Nombre del Funcionario o Empleado) (Edad) (Soltero o Casado) (Nombre del cargo o empleo) vecino de <u>Humacao</u> , juro solemnemente que mantendré y defenderé la Constitución de los Estados Unidos y la Constitu (Pueblo) y las Leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico contra todo enemigo interior o exterior; que prestaré fidelidad y adhesión a las mismas; y que as esta obligación libremente y sin reserva mental ni propósito de evadirla; y que desempeñaré bien y fielmente los deberes del cargo o empleo que estoy p mo a ejercer. Así me ayuda Dios. <u>21 agosto 1980</u> (Fecha)						
 AFFIDAVIT NUM. <u>1892</u> Suscrito y jurado ante mí por <u>Santa I. López Pérez</u> de las circunstan (Nombre) personales antes expresadas y a quien doy fe de conocer personalmente en <u>San Juan</u> Puerto R hoy <u>21</u> de <u>agosto</u> de <u>80</u> (Pueblo)						
 Firma y Dirección del Notario Público o del Funcionario Autorizado que toma el Juramento						
<b>APROBADO</b> <b>PARA USO EXCLUSIVO DE OCAP</b>						
21. Recibido en OCAP:		22. Nombramiento aprobado y autorizado por:		23. Fecha		

OICAP 13  
Especial  
10-A

Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
OFICINA CENTRAL DE ADMINISTRACION DE PERSONAL  
Sanjurjo, Puerto Rico

INFORME DE CAMBIO ESPECIAL NUMERO 24828

Cifra de Cuenta 05-213-77-01-73-112

Símbolo 1903

Servicios Sociales  
DEPARTAMENTO O AGENCIA

TX Local Yauco  
UNIDAD DE TRABAJO

Se notifica el siguiente cambio en el sueldo de este empleado, a virtud de lo dispuesto por la Ley 90 del 9 de julio de 1986, la cual provee un aumento de sueldo de carácter general para los empleados públicos a partir del primero de octubre de 1986.

López Pérez Santo L.  
NOMBRE DEL EMPLEADO

REDACTED

-3125  
NUMERO DE SEGURO SOCIAL

Transitorio  
STATUS DEL EMPLEADO

TX 476  
Número del Puesto

Técnico Servicios Sociales I  
Título de Clasificación

13  
Escala de Retribución

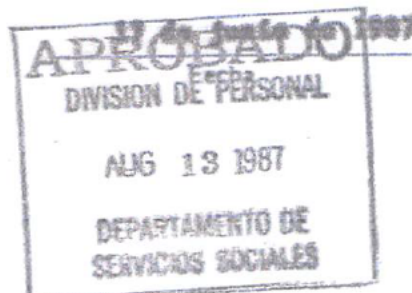
\$624.00 \$841.00  
Mínimo Máximo

ANTES DEL CAMBIO	DESPUES DEL CAMBIO
Sueldo Mensual (sin diferencial) <u>\$624.00</u>	<u>\$679.00</u>

Observaciones:

Carmen L. González, Ayudante Exp.  
del Secr. Asst. de Pers. y Rec. Humanos

[Firma]  
Firma de la Autoridad Nominadora o su  
Representante Autorizado



12/02/87



Rev. 10/78

**IMPORTANTE**  
**INSTRUCCIONES:**  
**LEA AL DORSO**

Estado de Puerto Rico  
OFICINA CENTRAL DE ADMINISTRACION DE PERSONAL  
Apartado 8476, Estación Fernández Juncos, Santurce, P. R.

**INFORME DE CAMBIO**

55347

2. Número de Seguro Social del Empleado

REDACTED

5126

Cambio a Efectuarse		Antes del Cambio								Después del Cambio							
		Puesto Núm. <b>735-494</b>								Puesto Núm.							
3. Nombre del Empleado		<b>López Póam, Santa I.</b>															
4. Estado Civil																	
5. Departamento o Agencia		<b>Servicios Sociales</b>															
6. División		<b>Servic. Soc. Serv. a la Fam.</b>															
7. Unidad o Sección		<b>Leg. Seguridad Social TIX</b>															
8. Ubicación geográfica del puesto		<b>Oficina Local Taux</b>															
9. Categoría del Empleado																	
10. Status del Empleado		<b>Transitorio</b>								<b>En o antes 10/junio/87</b>							
11. Título de Clasificación		<b>Técnico Servicios Soc. I</b>															
12. Sueldo		<b>\$677.00</b>															
12a. Diferencial																	
13. Descuento para Contribución sobre Ingresos																	
14. Descuento para Seguro Social																	
15. Descuento para Aportación Sistema de Retiro																	
16. Descuento para Servicios Médicos																	
17. Descuento para Ahorros (A.E.E.L.A.)																	
18. Descuento para Seguro (A.E.E.L.A.)																	
19. Otros Descuentos																	
20. Fecha de Efectividad										<b>1ro. de enero de 1987</b>							
21. SIMBOLOS DE CONTABILIDAD		A. F.	Fondo	Agencia	Div.	Sub-Div.	Asignación	Objeto	A. F.	Fondo	Agencia	Div.	Sub-Div.	Asignación	Objeto		
		00	475	77	01	---	73	110									
22. Indique si se trata de:		<input type="checkbox"/> Ascenso <input type="checkbox"/> Cambio de Categoría <input type="checkbox"/> Cambio de Status <input type="checkbox"/> Ascenso o Traslado Transitorio <input type="checkbox"/> Descenso <input type="checkbox"/> Reclasificación <input type="checkbox"/> Reinstalación <input type="checkbox"/> Reubicación <input type="checkbox"/> Traslado <input type="checkbox"/> Nuevo Nombramiento <input type="checkbox"/> Aumento de Sueldo															
23. En caso de cambio a otra agencia indique -- Licencia a acreditarse: Compensatorio _____ días.																	
Licencia Enfermedad _____ días, Concedida _____ días, Licencia Regular _____ días, Concedida _____ días.																	
24. Renuncia		Fecha de Separación (Ultimo día de Pago)								Licencia Sin Paga							
25. Separación										Fecha de Efectividad de la Separación							
26. Destitución																	
27. Cesantía																	
28. Suspensión de Empleo y Sueldo: Duración: _____ De _____ A _____																	
29. Muerte: Ultimo día _____ Participante de Retiro <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																	
30. Clase de Licencia: <input type="checkbox"/> Para estudio <input type="checkbox"/> Especial con paga <input type="checkbox"/> Maternidad <input type="checkbox"/> Militar sin Sueldo <input type="checkbox"/> Sin Sueldo																	
Duración: _____ DS _____ A _____																	
31. Comentarios y Explicaciones (si necesita más espacio use el dorso)		<b>Traslado a la fecha de terminación del nombramiento.</b>															
32. Si el cambio de puesto es por Certificación de Elegibles indique: Certificación de Elegibles Núm. _____																	
Si el cambio es a otro puesto, indique el nombre del anterior incumbente: _____																	
33. Si el cambio es a otra agencia el jefe de la agencia donde se origine el cambio o su representante autorizado firmará aquí: <i>[Firma]</i>										34. Firma del empleado en casos que fuere necesario: <i>[Firma]</i>							
35. Aprobado por: <i>[Firma]</i> Jefe de la Agencia o su Representante Autorizado										Fecha en que se presenta: <b>1 de agosto de 1987</b>							
Revisado o Aprobado por: _____		PARA USO EXCLUSIVO DE LA OCAP								DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES							
Fecha: _____																	



Rev. 10/78

**IMPORTANTE**

**INSTRUCCIONES:  
LEA AL DORSO**

Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
OFICINA CENTRAL DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL  
Apartado 8476, Estación Fernández Juncos, Santurce, P. R.

**INFORME DE CAMBIO**

55342

2. Número de Seguro Social del Empleado

REDACTED

5184

Cambio a Efectuarse	Antes del Cambio	Después del Cambio
3. Nombre del Empleado	Puesto Núm. <b>700-416</b> <b>López Pérez, Santa I.</b>	Puesto Núm.
4. Estado Civil		
5. Departamento o Agencia	<b>Departamento de Servicios Sociales</b>	
6. División	<b>Servicio Int. Serv. a la Fam.</b>	
7. Unidad o Sección	<b>Leg. Asesorial Social TAX</b>	
8. Ubicación geográfica del puesto	<b>Oficina Local Famo</b>	
9. Categoría del Empleado		
10. Status del Empleado	<b>Transitorio</b>	<b>En e antes 11/diciembre/8</b>
11. Título de Clasificación	<b>Técnico Socialista Soc. I</b>	
12. Sueldo	<b>1024.00 - 679.00</b>	
12a. Diferencial		
13. Descuento para Contribución sobre Ingresos		
14. Descuento para Seguro Social		
15. Descuento para Aportación Sistema de Retiro		
16. Descuento para Servicios Médicos		
17. Descuento para Ahorros (A.E.E.L.A.)		
18. Descuento para Seguro (A.E.E.L.A.)		
19. Otros Descuentos		
20. Fecha de Efectividad		<b>1ro. de julio de 1987</b>

21. SIMBOLOS DE CONTABILIDAD	A. F.	Fondo	Agencia	Div.	Sub-Div.	Asignación	Objeto	A. F.	Fondo	Agencia	Div.	Sub-Div.	Asignación	Objeto
		<b>01</b>	<b>015</b>	<b>77</b>	<b>01</b>		<b>75</b>	<b>112</b>						

22. Indique si se trata de: ☐ Ascenso ☐ Cambio de Categoría ☐ Cambio de Status ☐ Ascenso o Traslado Transitorio  
☐ Descenso ☐ Reclasificación ☐ Reinstalación ☐ Reubicación ☐ Traslado ☐ Nuevo Nombramiento ☐ Aumento de S

23. En caso de cambio a otra agencia indique -- Licencia a acreditar: Compensatorio \_\_\_\_\_ días.  
 Licencia Enfermedad \_\_\_\_\_ días, Concedida \_\_\_\_\_ días, Licencia Regular \_\_\_\_\_ días, Concedida \_\_\_\_\_ días.

	Fecha de Separación (Último día de Pago)	Licencia Sin Pago	Fecha de Efectividad de la Separación
24. Renuncia			
25. Separación			
26. Destitución			
27. Cesantía			

28. Suspensión de Empleo y Sueldo: Duración: \_\_\_\_\_ De \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

29. Muerte: Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Último día de pago: \_\_\_\_\_ Participante de Retiro ☐ Sí ☐ No

30. Clase de Licencia: ☐ Para estudio ☐ Especial con paga ☐ Maternidad  
☐ Militar sin Sueldo ☐ Sin Sueldo

Duración: \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ **Excedente a la fecha de terminación del servicio**

31. Comentarios (si necesita más espacio use el dorso)

32. Si el cambio de puesto es por Certificación de Elegibles indique: Certificación de Elegibles Núm. \_\_\_\_\_  
 Si el cambio es a otro puesto, indique el nombre del anterior incumbente: \_\_\_\_\_

33. Si el cambio es a otra agencia indique la agencia de origen el cambio o su representante aquí: **Carretera Luz González, Agn. Exp. de la**  
**Servicios Soc. de Fam. y Rec. Humanos**

34. Firma del empleado: **APROBADO**  
**AUG 13 1987**  
**Fecha en que se presenta 7 de agosto de 1987**

35. Aprobado por: **la Agencia o su Representante Autorizado**

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OCAP

DEPARTAMENTO DE  
SERVICIOS SOCIALES

Revisado o Aprobado por:

Fecha:



OCAP-18  
Rev. 10/78

**IMPORTANTE**  
**INSTRUCCIONES:**  
**LEA AL DORSO**

Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
OFICINA CENTRAL DE ADMINISTRACION DE PERSONAL  
Apartado 8476, Estación Fernández Juncos, Santurce, P. R.

**INFORME DE CAMBIO**

1. Número del Cambio

10385

2. Número de Seguro Social del Empleado

REDACTED 5116

Antes del Cambio		Después del Cambio
Cambio a Efectuarse	Puesto Núm.	Puesto Núm.
3. Nombre del Empleado	12986	
4. Estado Civil	Santa I. López Pérez	
5. Departamento o Agencia	Servicios Sociales	
6. División	Sec. Aux. Serv. a la Familia	
7. Unidad o Sección	Ley Seg. Soc. T-XX	
8. Ubicación geográfica del puesto	Oficina Local - Vauco	
9. Categoría del Empleado	De Carrera	
10. Status del Empleado	Regular	
11. Título de Clasificación	Técnico Serv. Soc. I	Técnico Servicios Sociales II
12. Sueldo	\$769.00	\$799.00
12a. Diferencial		
13. Descuento para Contribución sobre Ingresos		
14. Descuento para Seguro Social		
15. Descuento para Aportación Sistema de Retiro		
16. Descuento para Servicios Médicos		
17. Descuento para Ahorros (A.E.R.A.)		
18. Descuento para Seguro (A.E.R.A.)		
19. Otros Descuentos		
#Escala 18		
#Clase 1506		
20. Fecha de Efectividad		1 noviembre 1990

21. SIMBOLOS DE CONTABILIDAD	A. F.	Fondo	Agencia	Div.	Sub-Div.	Asignación	Objeto	A. F.	Fondo	Agencia	Div.	Sub-Div.	Asignación	Objeto
	90	222	077.04	--		075	1110							

22. Indique si se trata de: ☐ Ascenso ☐ Cambio de Categoría ☐ Cambio de Status ☐ Ascenso o Traslado Transitorio  
☐ Descenso ☒ Reclasificación ☐ Reinstalación ☐ Reubicación ☐ Traslado ☐ Nuevo Nombramiento ☐ Aumento de Sueldo

23. En caso de cambio a otra agencia indique - Licencia a acreditar: Compensatorio \_\_\_\_\_ días.  
 Licencia Enfermedad \_\_\_\_\_ días, Concedida \_\_\_\_\_ días, Licencia Regular \_\_\_\_\_ días, Concedida \_\_\_\_\_ días.

	Fecha de Separación (Último día de Pago)	Licencia Sin Pago	Fecha de Efectividad de la Separación
24. Renuncia			
25. Separación			
26. Destitución			
27. Cesantía			

28. Suspensión de Empleo y Sueldo: Duración: \_\_\_\_\_ De \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

29. Muerte: \_\_\_\_\_ Último día \_\_\_\_\_ Participante de Retiro ☐ Si ☐ No  
 Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ de pago: \_\_\_\_\_

30. Clase de Licencia: ☐ Para estudio ☐ Especial con paga ☐ Maternidad  
☐ Militar sin Sueldo ☐ Sin Sueldo

Duración: \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

31. Comentarios y Explicaciones (si necesita más espacio use el dorso) Reclasificación por Circular - 2-90 Anexo 88-027  
 Página 22, Línea 4A. Autorizado en carta de Oficina de Presupuesto y Gerencia del 3 oct. 1989

32. Si el cambio de puesto es por Certificación de Necesidades indique: Certificación de Necesidades Núm. \_\_\_\_\_  
 Si el cambio es a otro puesto, indique el nombre del anterior incumbente: \_\_\_\_\_

33. Si el cambio es a otra agencia el jefe de la agencia donde se origina el cambio o su representante autorizado firmará aquí: \_\_\_\_\_

34. Firma del empleado en casos que lo requiera: \_\_\_\_\_

35. Aprobado por: Santa I. López Pérez, Sec. Aux. de Personal y Recursos Humanos  
 Jefe de la Agencia o su Representante Autorizado

Fecha en que se prevendá: 30 noviembre 1990  
 PARA USO EXCLUSIVO DE LA OCAP

Revisado o Aprobado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 SECRETARÍA AUXILIAR de Personal y Recursos Humanos



## GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de la Familia


2 de marzo de 2017

Lcda. Glorimar Andujar Matos  
Secretaria Departamento de la Familia  
San Juan, Puerto Rico

Sra. Marilyn Ponce, Directora  
Oficina Regional Departamento de la Familia  
Ponce, Puerto Rico

  
Sr. Israel Burgos Xelez  
Director Centro Servicios Integrados  
Yauco, P.R.

  
Sra. Nalini Matter Santiago  
Supervisora Local ADFAN

  
Santa Iris Lopez Perez  
TSFIII ADFAN

### RENUNCIA AL PUESTO DE TECNICA SERVICIOS A FAMILIAS III

Someto mi renuncia al puesto de Tecnica Servicios a Familias III, correspondiente a la Oficina Local de Yauco, Region de Ponce para acogerme a la Pension por edad y años de servicios efectivo al 31 de julio de 2017.

Ha sido para mi de mucha satisfaccion haber trabajado en el Departamento de la Familia y haber aportado a mejorar la calidad de vida de muchas familias puertorriqueñas.

Prime Clerk A Division of  
DUFF&PHELPS

CLOSE

Creditor Data Details - Claim # 31858

<b>Creditor</b>	<b>Debtor Name</b>	<b>Claim Number</b>
IRIS LOPEZ PEREZ, SANTA	Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico	31858
	<b>Date Filed</b>	<b>Schedule Number</b>
	06/25/2018	1207777

Claim Amounts

Claim Nature	Schedule Amount	C* U* D*	Asserted Claim Amount	C* U* F*	Current Claim Value	Claim Status
General Unsecured	Undetermined	C U				
Priority						
Secured			Unliquidated	C U	\$0.00	Pending Objection
509(b)(9) Admin Priority			Unliquidated	C U	\$0.00	Pending Objection
Admin Priority						
<b>Total</b>	<b>\$0.00</b>		<b>\$0.00</b>		<b>\$0.00</b>	

\*C=Contingent, U=Unliquidated, D=Disputed, F=Foreign

Objection History

Date Filed	Objection Motion	Date Filed	Objection Order	Basis	Status
12/12/2019	<a href="#">Debtor's Omnibus Objection to Claims - One Hund...</a>			Deficient	Pending

Prime Clerk maintains this website for the public's convenience and for general informational purposes only. Anyone using this website is cautioned NOT to rely on any information contained on this Website, and any user of this website should not take or refrain from taking any action based upon anything reflected or not included on this website. We